

Quelques Remarques Cliniques et Thérapeutiques sur les Appendicites aiguës, graves

THÈSE

présentée et soutenue le 28 Mars 1955

PAR

M. Edmond FOGLIA

né le 11 Mars 1928 à BELLEVILLE (Meuse)

Membres du Jury :

M. le Professeur ROUX, Président.

M. le Professeur CADERAS DE KERLEAU, assesseur.

M. JOYEUX, Agrégé, assesseur.

M. ROMIEUX, Agrégé, assesseur.

IMPRIMERIE RHONE-DURANCE

J. MAGNAN et CIE

AVIGNON

1955

**QUELQUES REMARQUES CLINIQUES
ET THERAPEUTIQUES
SUR LES APPENDICITES AIGUES GRAVES**

Quelques Remarques Cliniques et Thérapeutiques sur les Appendicites aiguës, graves

THÈSE

présentée et soutenue le 28 Mars 1955

PAR

M. Edmond FOGLIA

né le 11 Mars 1928 à BELLEVILLE (Meuse)

Membres du Jury :

M. le Professeur ROUX, Président.

M. le Professeur CADERAS DE KERLEAU, assesseur.

M. JOYEUX, Agrégé, assesseur.

M. ROMIEUX, Agrégé, assesseur.

IMPRIMERIE RHONE-DURANCE

J. MAGNAN et CIE

AVIGNON

1955



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. GALAVIELLE, VILLARD, GRYNFELTT, L. RIMBAUD, BOUDET, EUZIERE,
doyen honoraire, J. DELMAS, MARGAROT.

PROFESSEURS

Chaires :	MM.
Anatomie	LAUX.
Histologie	TURCHINI, assesseur.
Physiologie	HEDON.
Physiologie appliquée	LOUBATIERES.
Chimie biologique médicale et toxicologie	CRISTOL.
Physique médicale	PECH.
Anatomie pathologique et médecine expérimentale	BAUMEL.
Microbiologie	CARRERE.
Hist. naturelle méd., parasitologie et médecine exotique	HARANT.
Pathologie et thérapeutique générales	PAGES.
Thérapeutique et clinique des maladies infectieuses	JANBON.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	BERT.
Hygiène	CARRIEU.
Médecine légale et médecine sociale	FOURCADE.
Technique opératoire et chirurgie expérimentale	LAPEYRIE.
Pathologie et clinique propédeutique chirurgicales	MOURGUE-MOLINES.
Pathologie et clinique propédeutique médicales	PUECH.
Clinique médicale	GIRAUD, doyen.
Clinique médicale	BOULET.
Clinique chirurgicale	LAPEYRE.
Clinique chirurgicale	AIMES.
Clinique obstétricale	CADERAS de KERLEAU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	LAFON.
Clinique des maladies des enfants et hygiène du 1er âge	CHAPTAL.
Clinique de dermato-syphiligraphie	P. RIMBAUD.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ETIENNE.
Clinique urologique	TRUC.
Clinique gynécologique	ROUX.
Clinique ophtalmologique	DEJEAN.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie et chir. maxillo-faciale	TERRACOL.
Clinique de la tuberculose	VIDAL.
Electro-radiologie	LAMARQUE.

PROFESSORAT A TITRE PERSONNEL

Histologie	GRANEL.
----------------------	---------

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Pathologie médicale	BOUCOMONT.
Chimie et physico-chimie biologiques	BENEZECH.
Hématologie médicale et anatomie pathologique	CAZAL.

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES ET AGREGES EN EXERCICE

MM.	MM.
Anatomie PASSOUANT, m. de c. ag.	Chirurgie JOYEUX.
Microbiologie GUERRIER, m. de c. agr.	Chirurgie NEGRE.
Pathol. expérim... RENOUX, m. de c. ag.	Chirurgie ROMIEU.
Médecine SERRE.	Electro-radiologie. BETOULIERES.
Médecine BALMES.	Neuro-chirurgie .. GROS.
Médecine BERTRAND.	Obstétrique .. DURAND.
Médecine LATOUR.	Ophtalmologie .. VIALLEFONT.
Médecine N...	Odonto-stomat. .. N...

CHARGES DE COURS A TITRE PERMANENT

Obstétrique	COLL de CARRERA. agréé libre.
-----------------------	----------------------------------

ENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

Des conférences annexes régulières renforcent l'enseignement de base de ces diverses disciplines. D'autres assurent des enseignements complémentaires (embryologie, sérologie, chirurgie de la tuberculose, clinique gastro-entérologique, cardiologie, médecine exotique, anesthésiologie, odonto-stomatologie, médecine du travail, biologie de l'éducation physique, etc...).

A MON PERE, A MA MERE

Je n'ai point trouvé les mots pour les re-
mercier de tant de choses. Ils sont en moi,
au plus profond de mon être.

A TOUS CEUX QUE J'AIME

A MON VENERE MAÎTRE
LE DOCTEUR REGIS MICHEL-BECHET
Membre National de l'Académie de Chirurgie

« Cette thèse est sienne. L'écrire n'était
rien, mais la vivre était tout ».

A Monsieur le Professeur ROUX

Qui a bien voulu nous faire l'honneur
d'accepter de présider cette thèse, qu'il
reçoive ici l'hommage de notre reconnais-
sance.

A Monsieur le Professeur CADERAS DE KERLEAU

A Monsieur le Professeur agrégé JOYEUX

A Monsieur le Professeur agrégé ROMIEUX

INTRODUCTION

Nous avons choisi pour sujet de thèse l'étude d'une statistique de Monsieur le Docteur Régis MICHEL-BECHET s'étendant sur de nombreuses années, plus précisément de 1929 à 1953.

Elle groupe les cas d'appendicite aiguë grave et non point ceux d'appendicite aiguë opérée d'urgence avec un appendice rouge, turgescant, rempli de liquide ou pas, avec le cortège banal des symptômes. Il est certain que si nous totalisions tous les cas d'urgence appendiculaire, la mortalité serait très basse, de l'ordre de 2 à 2,5 %.

Mais nous voulons parler de l'appendicite aiguë alarmante, celle qui est telle que, quand on a fini l'intervention, on ne cesse d'avoir du souci pendant plusieurs jours.

Elle se caractérise :

1) Par un tableau clinique bien connu, malade vu en général au troisième jour, ventre de bois ou très ballonné, signes généraux alarmants : fièvre élevée, pouls rapide, iléus paralytique souvent.

2) A côté de l'allure clinique, surtout par les constatations opératoires. Il n'y a pas toujours en effet, un parallélisme entre la gravité anatomique et les constatations cliniques ; appendice gangréné, perforé, anses dilatées, piquetées, pus abondant, fausses membranes, etc...

3) Enfin, par des constatations bactériologiques dont nous parlerons et qui ont été notées dans les prélèvements per opératoires.

On peut dire que tant qu'il y aura des morts au cours d'appendicites graves, la question thérapeutique ne sera pas au point, du reste cette préoccupation est toujours d'actualité.

Le Lyon Chirurgical est plein dans ses derniers numéros de la question des appendicites graves et à l'Académie de Chirurgie, on débat à perte de vue des meilleurs traitements de l'occlusion post-appendiculaire.

· STATISTIQUE

Depuis Janvier 1929, nous relevons 480 observations analogues :

79 décès sur l'ensemble, soit 17 % de mortalité se subdivisant de la manière suivante :

1) Péritonites sans perforation :

- appendicite gangréneuse, 20 cas ; 3 morts.
- appendicite suppurée simple, 30 cas ; 1 mort.
- (malade du Dr Juge, de l'Isle, sur lequel nous reviendrons longuement).

2) Péritonites par perforation :

limitée, septique diffuse des auteurs lyonnais, 220 cas, 15 morts.

Multiplés complications :

8 occlusions

5 abcès pelviens.

Septiques, diffuses généralisées, 98 cas, 29 morts, dont 11 complications dramatiques :

7 abcès

8 occlusions

dans ces formes entrent plusieurs cas de péritonites dites putrides.

De notre statistique nous isolerons 30 cas d'une gravité locale et générale exceptionnelle qui ont guéri. Peut-être par suite de l'application chez eux d'une thérapeutique chirurgicale particulière. C'est un peu pour eux que nous avons choisi ce sujet de thèse. Cependant, la totalité des autres observations nous a permis de recueillir un enseignement clinique bactériologique, anatomopathologique et thérapeutique tel qu'ils seront aussi intégralement utilisés dans l'ensemble de notre travail.

Dans ce dernier, nous étudierons sous l'angle de la réflexion clinique et thérapeutique :

1) Les modalités cliniques qui nous ont parues anormales ou fallacieuses.

2) Un important chapitre d'anatomie pathologique où nous n'étudierons pas la lésion appendiculaire en elle-même qui a été pensée par tant d'auteurs, mais l'état du péritoine, de la séreuse sur les anses, la valeur du piqueté hémorragique, d'une telle résonnance du point de vue pathologie générale, enfin l'étude des fausses membranes stigmate d'une nature différente de la lésion infectieuse. Nous étudierons l'anatomie pathologique de l'occlusion appendiculaire, non pas celle de l'iléus paralytique ou de l'occlusion tardive banale, mais l'occlusion précoce, mélange de phénomènes inflammatoires et de troubles mécaniques.

3) Nous tenterons dans ce chapitre une étude sur la physio-pathologie du péritoine.

4) Dans le quatrième et dernier chapitre, nous traiterons de la thérapeutique de la péritonite appendiculaire et de l'occlusion post-opératoire. Dans cette dernière étude, nous opposerons attentiste et dirigiste, ayant ainsi l'occasion de parler des 30 cas qui font l'objet plus particulier de notre thèse.

CHAPITRE PREMIER

MODIFICATION DU TABLEAU CLINIQUE OBSERVEE AU COURS DE CETTE STATISTIQUE

Je n'aurai garde d'écrire la description classique de l'appendicite grave, avec tout son cortège clinique bien connu. Cette vérité est retrouvée dans la plupart des observations citées.

Nous voulons seulement signaler les formes trompeuses, les symptômes fallacieux qui peuvent faire différer l'opération avec toutes ses conséquences.

Nous étudierons successivement :

La douleur

La contracture

Le pouls

La fièvre

Les aspects radiologiques pré-opératoires.

1) LA DOULEUR :

On sait que dans la perforation, elle est intense, en coup de poignard, on sait qu'elle peut être progressive de plus en plus accentuée, calmée par la glace et ne réappa-
raissant sous la glace que s'il y a perforation ou péritonite par diffusion.

Mais l'on note 14 fois des formes particulièrement graves, gangréneuses avec péritonite, vues quelquefois dans les 24 heures, avec douleur minime ou presque absente.

3 fois il s'agissait d'appendicite meso-coeliaque.

3 fois d'appendicite pelvienne.

Dans ces derniers cas, la douleur n'était pas spontanée mais était éveillée par le toucher rectal et surtout par la pression à l'insertion des droits sur le pubis.

2 fois dans une appendicite pelvienne, il existait une douleur spontanée dans la région épigastrique bien analogue à ce que l'on observe au cours de certaines grossesses extra-utérines.

Nous signalons que dans de nombreux cas, la douleur existait au siège anatomique de l'appendice et à ce propos, nous ne pouvons que confirmer les propos de Moulonguet. Cet auteur conseille, on le sait, d'inciser pour trouver plus vite l'appendice, sur la seule région douloureuse.

On trouvera l'appendice avec un minimum d'exploration.

Il ne faut donc pas toujours faire l'incision en zone classique d'une façon quasi rituelle et sacramentelle, mais interroger la clinique avant d'inciser.

2) LA CONTRACTURE :

Bien naturellement, dans l'immense majorité des cas, la contracture était importante : ventre de bois, localisé ou généralisé. Mais nous voulons insister sur ce fait qu'elle peut être discrète et même ne pas exister. Ce sont des cas rares : 8 %.

Dans les cas que décrivait FREDET : les symptômes cliniques sont en retard sur les lésions.

Nous citons des observations comparables à celles de LABBEY, rapportées en Mars 1931 à l'Académie de Chirurgie : « Il n'existait aucune contracture, une douleur très limitée, mais légère, le malade n'avait eu qu'un vomissement. A l'ouverture, on découvrit une gangrène totale de l'appendice ».

3) LE POULS :

S'il y a quelquefois peu de synchronisme entre les lésions anatomiques et les signes physiques, il existe aussi les mêmes réponses fallacieuses de l'organisme pour les troubles généraux.

Le pouls, dont on sait l'immense importance, signe de l'affection et signe de gravité, peut dans certains cas présenter un caractère anormal sur lequel nous insistons.

Dès 1926, COURBOULE décrit un pouls à 46, plus que rassurant, dans un cas d'appendicite grave, où l'organe se trouvait énorme, turgescent, entouré de fausses membranes, une plaque de sphacèle, et un liquide bouillon sale emplissant l'abdomen.

D'autres observations ont suivi, celles de BROCA, d'Antonin GOSSET, de BEYER, de DESGOUTTES, de JEAN-NENEY : pouls rassurant, battant entre 60 et 70. Cependant, les lésions abdominales et appendiculaires sont extrêmement sévères.

Dans ces cas, il faut se guider sur un ensemble symptomatique. DESGOUTTES dit : se décider sur un signe minimum et une impression clinique.

Citons un premier cas observé en 1934 par le Docteur Régis MICHEL-BECHET et le Docteur LESBROS : pouls à 55-58. L'appendice était gangrené, perforé.

Une autre observation nous montre un médecin très distingué méconnaître l'importance des autres signes et tabler au contraire sur le pouls lent, la céphalée, le vomissement initial pour rechercher jusque sur la table d'opération la justification d'un syndrome méningé.

Quelle est l'interprétation physiologique de ce pouls rassurant ?

Seuls JEANNENEY et PICHAUD s'en sont occupés. Ces auteurs ont observé que la morphine, en supprimant l'excitation splanchnique, débloque le cœur. Le phénomène d'arrêt étant levé, la tachycardie vraie de la maladie réapparaît. Cette inhibition par la voie des splanchniques, se rencontre, à notre avis surtout dans les appendicites gangréneuses pelviennes (12 cas).

En tout cas, l'épreuve de la morphine est facile et renseigne dans les minutes qui suivent.

4) LA FIEVRE :

Les mêmes réflexions se trouvent pour la température.

Les 39°-40° classiques se rencontrent dans l'immense majorité des cas. Mais la fièvre peut être basse, presque inexistante.

En dehors des cas classiques où la dissociation du pouls et de la température est l'élément pronostic grave de l'évolution, 26 fois nous notons des appendicites diffuses généralisées, avec perforation et gangrène chez des malades où la température était autour de 37°8-38°2.

Enfin, nous voulons parler d'une fièvre très élevée, au cours de l'appendicite aiguë grave, avec des phénomènes d'occlusion. Il ne faut pas toujours rapporter cette fièvre à l'élément infectieux.

QUENU a montré que ces températures extrêmes pouvaient être dues à un dérèglement di-encéphalique d'où l'importance surtout dans les suites, du dosage des chlorures dans l'urine et dans le sang.

La fièvre tombe comme par enchantement après l'équilibration des chlorures. Cette notation est d'une extrême importance, car la méconnaître pourrait faire, dans les suites opératoires, interpréter cette fièvre comme une reprise de la péritonite alors qu'il ne pourrait s'agir que d'une occlusion à traiter.

5) LA RADIOLOGIE :

La radiographie pré ou post-opératoire est trop négligée en France.

Les auteurs étrangers ont pu montrer que dans certaines conditions et chez certains sujets on pouvait surveiller par la radiographie ce qui se passe dans l'abdomen. Non seulement par la radiographie, mais aussi par la radioscopie, surtout chez les enfants et chez les adultes maigres.

Ces auteurs étrangers ont pu suivre la progression de la péritonite, la progression des épanchements et localisation d'abcès. Ils ont montré les formes iléo-cœcales avec extension pelvienne ; les formes retro-cœcales avec extension sous hépatique et enfin surtout, et nous y insistons, les migrations d'un reliquat purulent pelvien vers la fosse iliaque gauche, péritonite en deux temps post-opératoire des auteurs étrangers.

Cette constatation nous a parue du plus haut intérêt dans la conduite thérapeutique.

En France, chez l'adulte, la radiographie sans préparation est notée dans beaucoup d'observations et a permis de déceler les formes occlusives.

Dans les péritonites légères, sans niveau liquide, on peut voir les anses grêles dilatées.

Mais chez les nourrissons, la radiographie prend tout son intérêt. On sait combien chez lui les symptômes sont très frustes et tiennent de l'art vétérinaire.

Je ne vais pas recommencer cette symptomatologie si bien décrite par BROCA et par LEVEUF. Nous rapportons trois cas chez le nourrisson ; où le diagnostic d'appendicite grave put se faire par la seule radiographie sans préparation.

Dans le premier cas, il s'agissait du neveu du Docteur FREZET, de Tulette, âgé de 26 mois. Quelques plaintes, un vomissement.

Plusieurs pédiatres autour du lit du nourrisson. Toutes les hésitations sont possibles. Il n'y a pas de contracture. Il y a eu une selle diarrhéique. La radiographie montra près de la fosse iliaque une clarté anormale qui gonfle et illumine les derniers centimètres du grêle. Tandis que la région du cæcum et du colon ascendant est absolument obscure. A l'intervention : appendicite gangrenée et perforée avec sérosité louche dans le péritoine.

Nous signalons encore deux autres cas absolument comparables avec la même image ; illumination anormale de la fin du grêle et mutisme du cæco-colon ascendant.

Les autres formes trompeuses ou fallacieuses de l'ap-

pendicite aiguë grave, sont classiques surtout décrites par les anciens auteurs à propos du siège anormal.

Nous n'avons pas insisté sur les aspects capricieux de la symptomatologie pour ne pas créer un scepticisme et introduire des doutes dans l'esprit.

La description classique reste vraie dans l'immense majorité des cas. Mais nous voulons dire aussi que si elle n'existe pas au complet, il ne faut pas retarder l'intervention. Une douleur tout de même, un état nauséux, un vomissement. A droite, un point très sensible, cela suffit.

Il faut se décider sur un minimum.

Bien sûr, l'impression d'ensemble, la mémoire du déjà vu parachève la certitude.

Nous n'avons rien à dire de particulier sur les étapes qui peuvent se dérouler à la suite de la crise, ni sur les horaires, sur la période intermédiaire qui a fait couler tant d'encre autrefois.

Qu'elle se résorbe après la crise, que la péritonite soit d'emblée. Que ce soit une péritonite par rupture ou par diffusion. Que ce soit un abcès. Les modalités de toutes ces évolutions sont bien classiques et connues. Nous n'y insisterons pas et passons à la deuxième étude, celle

« De l'anatomie pathologique et bactériologique qui résulte de constatations per ou post opératoires ».

CHAPITRE II

B. — ETUDE ANATOMO-PATHOLOGIQUE ET BACTERIOLOGIQUE

Bien naturellement, il ne sera pas question de l'étude anatomo-pathologique de la lésion appendiculaire proprement dite. Cette étude a été faite tant de fois depuis DIEU-LAFOY, depuis l'amygdalite abdominale, les follicules, les œdèmes, les nécroses, les gangrènes, les formes par thrombose des vaisseaux (appendice noir de CRESSEYL, etc...)

Mais nous décrirons la réaction péritonéale; l'état de la séreuse des anses grêles, les qualités du pus, les recherches ont été moins opiniâtres.

Des liquides furent prélevés dans la fosse iliaque, puis par incision médiane souvent, le liquide de la partie moyenne de l'abdomen, enfin, le pus et le liquide siégeant au fond du Douglas.

Les constatations sont très variables. La plupart du temps : germes pathogènes, strepto, colibacilles, bacilles typhiques dans le pus de la fosse iliaque, liquide aseptique dans la partie moyenne de l'abdomen et dans le Douglas.

Mais dans 40 % des cas :

pus septique dans la fosse iliaque

aseptique dans l'abdomen

très septique et même hyperseptique dans le Douglas.

Ce liquide hyperseptique dans le Douglas, nous le disons en passant, est à l'origine de l'abcès résiduel ou de la péritonite en deux temps des auteurs étrangers.

Dans certains cas plus rares, alors que la fosse iliaque est sèche, il existe un peu de liquide dans le Douglas, le pus est souvent aseptique (70 % des cas) mais quelquefois septique (5 à 6 % des cas), alors qu'on ne constate rien dans la fosse iliaque.

Les constatations bactériologiques de CLAVEL sont très intéressantes.

- Appendicite du printemps souvent d'origine grippale : streptocoques ; plus ou moins anaréobie au cours des poussées appendiculaires d'été ou d'automne, dans 50 % des cas on trouve du colibacille, plus rarement du typhique ou du para Salmonella.

Le grêle : lorsqu'il existe du pus ou du liquide dans le ventre, l'état de l'intestin grêle est variable. Il peut être dilaté, près de l'iléus paralytique, dans certains cas mo-

dérément dilaté, il présente un petit piqueté étendu sur plusieurs anses. Ce sont de petits points rouges serrés de la dimension d'une pointe d'aiguille. Ce piqueté du grêle est important à connaître. Il est assez analogue à ce que REILLY a décrit au cours de la fièvre typhoïde. Ce piqueté a fait l'objet des travaux de Madame GAUTHIER, VILLARD et d'ABOULKER, de DEBERE et HUGIER (Académie de Chirurgie, 29 novembre 1944), il s'agit de petites thromboses avec rupture de la terminaison des capillaires du grêle : artériolite par lésions septiques.

Devant ces constatations, on pourra craindre les complications occlusives par agglutination.

Au cours des péritonites généralisées, nous nous sommes aussi occupés de la signification des fausses membranes.

Nous voulions savoir à quel point elles représentent une nidation ou une agglutination microbienne et aussi leur fréquence dans les reprises de la réaction péritonéale.

OBSERVATION. . . Il s'agit d'une appendicite à chaud adressée par le Dr JUGE, de l'Isle-sur-Sorgue. On lit dans le compte-rendu opératoire du Docteur BECHET : « appendice très gros, tendu, rouge, sans plaque de gangrène ».

L'ablation de l'appendice et les ligatures du méso furent des choses très simples.

Dans la région cœcale, les anses grêles étaient un peu dépolies et il y avait une très longue fausse membrane du grêle (sur la fin du grêle).

15 centimètres plus loin, siégeait une autre fausse membrane, sur une anse plongeant dans le bassin.

L'exploration du Douglas par incision iliaque, permet d'assécher avec deux ou trois compresses. Les fausses membranes sont enlevées, on verse dans l'abdomen 2.000 unités de Pénicilline et un gramme de Streptomycine. Le Docteur BECHET se décide à refermer l'abdomen sans drainer.

Fermeture de la paroi musculaire, La peau et les tissus cutanés sont laissés ouverts. Au moment de l'opération, la température était à 39°. Elle est à 38°5 le soir, mais au bout de trois jours elle remonte à 39°8, le pouls devient rapide et nous assistons à une péritonite généralisée sur-aiguë.

Cette fausse membrane n'a pas été examinée, ni cultivée, mais d'autres l'ont été depuis et à côté de cultures négatives, il existe des fausses membranes pyogènes, riches en streptocoques anaérobies, surtout celles qui recouvrent un intestin pigmenté, comme nous l'avons montré plus haut.

Nous n'avons rien noté de très important lorsque des appendicites aiguës au stade du plastron ont été opérées par erreur.

Anatomie pathologique des abcès :

Quand il s'agit d'un abcès, il en va différemment : l'esprit du chirurgien doit être hanté par l'idée de ne pas inoculer la grande cavité au cours de l'intervention. Si la prévoyance clinique est facile pour l'abcès iliaque, il en va bien autrement pour l'abcès mesocœliaque.

Celui-ci est loin de la paroi, d'examen difficile et devant le syndrome général, devant l'imprécision des signes physiques, nous avons plusieurs fois noté l'erreur d'intervenir sans avoir la notion qu'il s'agissait d'un abcès.

La forme la plus grave est l'abcès méso-cœliaque qui s'insinue entre les deux feuillets du mésentère. L'appendice et la collection sont au milieu de l'abdomen derrière le grêle. L'appendice remonte derrière la terminaison de l'iléon qui lui procure une faible barrière. En avant et à gauche, souvent l'épiploon vient apporter son appui. Mais en bas vers le promontoire et le bassin, la défense est très faible. Toujours un paquet d'anses grêles plus ou moins agglutinées cherche à limiter la collection. Dans ces cas, toute une tactique chirurgicale est mise en œuvre. Nous y reviendrons au traitement. Nous voulions simplement en dessiner l'anatomie pathologique.

Quant à l'abcès pelvien, il peut siéger à différents niveaux du bassin. Le plus souvent nous l'avons vu décrit et séparé de la grande cavité par un véritable diaphragme par agglutination d'anses grêles. Nous verrons plus tard les conséquences de cette disposition au moment de l'occlusion intestinale après évacuation de l'abcès, spontanée ou chirurgicale par le rectum.

Anatomie pathologique de l'occlusion intestinale :

L'occlusion intestinale que nous envisagerons n'est pas l'occlusion paralytique qui accompagne la péritonite, au moment ou après l'opération et qui relève de la péritonite.

La véritable occlusion intestinale que nous visons est d'un autre ordre.

L'élément infectieux qui joue un rôle n'est pas tout.

La véritable occlusion post-opératoire est précoce ou tardive. Tardive et très tardive, c'est une occlusion essentiellement mécanique.

La seule qui nous intéresse est l'occlusion précoce.

Précoce, elle survient au 6^e ou au 8^e jour. Rappelons que cliniquement, alors que tout paraissait bien aller, vers le 8^e jour, les signes de l'occlusion se montrent, nous y reviendrons au traitement.

Que trouvons-nous au point de vue anatomo-pathologie ?

C'est une occlusion avec des éléments inflammatoires, mais aussi des brides, des fausses membranes et des courbures serrées.

Comme l'occlusion tardive son siège de beaucoup le plus fréquent, est dans le petit bassin, très souvent dans le Douglas. Nous l'avons trouvée de siège pelvien dans plus de 70 % des cas.

Frappés de cette constatation, nous avons cherché les observations d'appendicite avec occlusion (Académie de Chirurgie surtout), tant dans la presse française que dans la presse étrangère. Nous sommes étonnés de ne trouver souvent aucun siège décrit de l'occlusion.

Les auteurs disent qu'il y a occlusion, s'entendent surtout sur le procédé qu'ils emploient ; du siège, il n'y a que des notations vagues peu précises.

Cependant, ceux qui ont eu la bienveillance et l'attention scientifique de le noter, relèvent comme nous, la fréquence invraisemblable de l'agglutination pelvienne.

Observation de Huet :

Bride qui fixe une anse grêle à la face profonde de la paroi pelvienne.

Deuxième opération dix jours après abcès médian, avec grêle agglutiné en plein petit bassin.

Mac Williams :

- 18 iléus précoces.
- 12 pelviens.
- 14 morts.

Mac Neil Love :

- 17 iléus.
- 15 pelviens.
- 10 morts.

Brandley :

22 iléus.
18 pelviens.
12 morts.

Renon et Lafitte :

Le 14 février 1934, foyer de plusieurs anses agglutinées en position pelvienne.

Lans :

2 février 1953, malade déjà opérée à droite 11 jours après occlusion. Médiane. Anses grêles agglutinées, dernières anses en V et fixées au péritoine du petit bassin. Autour de cette anse, piqueté et volvulus.

Mialaret et Gentil (de Beauvais) :

15 jours après appendicite banale, occlusion. Anses grêles et épiploon fixés dans le bassin au dessus de cette sorte de diaphragme, anses vides mais intimement accolées.

Bompard 1936 :

Mêmes constatations dans les 12 observations publiées.

Roux Berger :

Octobre 1936, réintervention après une appendicite à chaud banale. Au-dessous du promontoire, dans le bassin, une anse adhère coudée, à angle aigu dans un foyer scléreux.

Nous avons pris au hasard ces quelques observations toutes les autres sont comparables lorsque les auteurs ont eu l'amabilité de décrire les localisations anatomiques.

Disons dans celles rapportées plus haut, une fois seulement un drain pelvien a été mis dans l'incision iliaque. Dans l'immense majorité des cas, l'appendice a été opéré à droite de la façon classique, sans que rien de pelvien n'ait été fait.

Il est un dernier type d'occlusion intestinale dans le bassin que nous avons compté trois fois. Ce mode a été signalé pour la première fois par Santy.

Le mécanisme est le suivant :

- Appendicite pelvienne basse.
- Abscès.
- Evacuation de l'abcès soit spontanément, soit chirurgicalement par le rectum.

Deux ou trois jours après l'évacuation de l'abcès syndrome d'occlusion. On intervient par voie haute. On trouve les lésions suivantes : le diaphragme des anses grêles s'est abaissé en suivant l'évacuation du pus.

Les anses horizontales couchées sur l'abcès, attirées en bas, prennent une direction toute différente et pointent en V dans le fond du bassin.

Dans le cas envoyé par le Docteur CABASSU (observations Maurice B...), la lésion était manifeste en deux endroits : une anse plongeait en V aigu avec une portion dilatée et une portion rétrécie. Sans aller plus loin dans le foyer, une anastomose des deux branches du V, guérit le malade.

Autre siège d'occlusion : dans un nombre plus restreint des cas (15 à 20 %), l'occlusion siège le plus souvent à la limite de la fosse iliaque et du grand ventre ou du petit bassin. Nous avons trouvé des anses agglutinées souvent le long du bord interne du cæcum, du cæco-colon ascendant de la veine iliaque externe. Cinq fois nous notons une adhérence due à l'agglutination de la fin de l'iléon sur l'iliaque externe. Plusieurs fois (15), lors de la désagglutination sur les conseils de TAVERNIER, l'on a séparé les anses grêles agglutinées de la face interne du cæcum.

Certaines fois, comme dans l'observation rapportée par SENEQUE, 18 novembre 1953, à dix ou quinze centimètres de l'angle iléo-cæcal, il existe une adhérence entre l'iléon terminal et la paroi postérieure.

Dans le canal de cette adhérence, engagement d'autres anses réalisant une occlusion mécanique.

Au total, nous retenons ceci : la fréquence invraisemblable de la complication pelvienne, la fréquence beaucoup plus rare de l'agglutination iliaque.

Bien sûr, on peut trouver d'autres brides ou adhérences ailleurs, dans le grand ventre et à distance, reliquat de toute péritonite. Nous n'avons trouvé aucun des cas dans les observations écrites, au cours des occlusions précoces. Elles sont le fait des occlusions tardives.

CHAPITRE III

REFLEXIONS GENERALES SUR LA PHISIOPATHOLOGIE DU PERITOINE AU COURS DE L'APPENDICITE AIGUE GRAVE

1) Conception ancienne :

Les anciens auteurs n'avaient reconnu aucune qualité de défense du péritoine. Il ne se défendait pas et le plus souvent du pus dans la séreuse était le symbole, le synonyme d'un arrêt de mort.

N'ayant pas vu l'importance de la lésion qui avait déclenché la péritonite, ils se contentaient de drainer.

C'est le moment où les drainages les plus multipliés, les plus invraisemblables ont été décrits et nous ne ferons que citer les figures de la collection des prossecteurs. Plus tard, sans enlever la lésion, on inaugurait les lavages de la séreuse et Pierre DELBET multipliait les recherches avant même d'employer le chlorure de magnésium comme nettoyeur.

2) Plus tard :

Une notion immense apparut. Rien n'est fait si la lésion n'a pas été traitée : fermeture d'un ulcère perforé, ablation d'une vésicule perforée, et bien sûr au cours de la péritonite appendiculaire, rien n'était fait si on n'avait pas enlevé l'appendice. Cette phase aboutissait comme dogme à la recherche entêtée de l'appendice. Mais le drainage persistait, très abondant s'il y avait du liquide dans la séreuse, toujours aussi pour une appendicite suppurée, gangréneuse simple, sans perforation ni sérosité.

3) Après la thèse d'ARNAUD, de Saint-Etienne, sur les péritonites et la revue générale de LECENE (Journal de Chirurgie), l'idée de la puissance de défense du péritoine apparaît.

On montre le bienfait de la fermeture, s'il n'y a pas de liquide dans le ventre, lorsque le seul appendice est atteint et quelle que soit la gravité de cette atteinte. Dans le reste des autres cas, c'est-à-dire s'il y a des lésions du péritoine ; s'il y a du pus, on draine.

4) Querelle du drainage :

1920-1924, apparaît alors la grande querelle du drainage. Quand faut-il drainer ?

Certains considèrent les mèches et le sac de Mickulicz comme un bouchon qui ferme l'évacuation, comme un piège à microbes, comme favorisant les ulcérations de la séreuse déclanchant les fistules. Ils recommandent le seul drainage par drain de caoutchouc (Pierre DUVAL et AMELINE).

Jean Louis FAURE et son école, les chirurgiens de province (CHATTON, de Besançon, etc...), tendent à prouver que le drain de caoutchouc se bouche au bout de 48 heures et réalise un tuyau fibreux à sa place, facteur de mauvais drainage, facteur d'occlusion et incapable de limiter ou d'exclure les lésions.

Jean Louis FAURE rapporte une statistique considérable de guérison d'appendice en plaçant un Mickulicz dans la fosse iliaque à la manière d'un immense drainage.

5) La physiopathologie de la séreuse se précise à partir de 1930.

Les auteurs montrent que le péritoine suffit à absorber, à se défendre du pus et à liquider les foyers d'adhérence :

a) Si la surface séreuse reste continue, si on peut rétablir une cavité péritonéale close ;

b) S'il n'y a pas de brèche dans l'espace conjonctif, c'est-à-dire espace conjonctif infecté, destruction de la séreuse en un point. Cette zone est une zone de réinfection qu'il faut exclure.

Il s'ensuit les deux grandes règles :

- de tout refermer après vidange s'il y a continuité parfaite de la séreuse ;
- d'exclure une présence septique, de réinoculation.

Il ne s'agit donc plus maintenant de drainage, mais d'exclusion d'une manière ou d'une autre.

c) Enfin, s'il existe un magma inflammatoire entraînant une occlusion, la puissance de résorption est telle que cette zone inflammatoire peut disparaître si l'intestin est mis au repos complet (aspiration), si on peut nourrir le malade pendant tout ce temps par les autres voies.

« Les péritonites ne meurent pas d'infection, mais de faim » (Laurence).

Telles sont les différentes étapes de la conception physio-pathologique du péritoine au cours de toutes péritonites, et singulièrement des péritonites appendiculaires.

CHAPITRE IV

TACTIQUE OPERATOIRE

1) Tout le monde est d'accord :

sur l'horaire : Pierre Duval, Ameline, Delagenière, etc.

On opère toujours. On se comporte selon la lésion.

On s'entête à enlever toujours l'appendice, à pratiquer le moins de recherches possible,

- Incision au point douloureux Moulonguet,

à fermer complètement le péritoine quel que soit l'état de l'appendice s'il n'y a pas de réaction péritonéale alentour.

2) Transitions :

En 1920, OMBREDANNE a montré qu'on pouvait fermer tout, même s'il y avait un liquide réactionnel léger. LEVEUF conseille de fermer seulement la séreuse et de laisser le tissu conjonctif ouvert.

3) Péritonites généralisées vraies :

A. — Attitude opportuniste se basant sur l'aptitude de la séreuse à se défendre.

1) La grande cavité péritonéale est pleine de pus sans autres lésions.

— Les uns ablation de l'appendice, aspiration en changeant de gants et d'instruments souvent ;

— Les autres, CLAVEL, veulent réaliser une œuvre d'art au point de vue bactériologique. Ils ne vont pas dans la grande cavité, ne font pas l'aspiration que dans la zone iliaque, contre indique complètement l'aspiration par le même instrument, du Douglas.

2) La grande cavité péritonéale contient du pus et d'autres lésions.

— Une règle : il faut exclure les zones d'infection conjonctives, plaques de sphacèle, etc...

S'il y a un drainage à faire du Douglas, il ne de-

vrà jamais être fait, à travers la fosse iliaque. Le matériel d'exclusion devra recouvrir toute la lésion.

3) Voici quels sont les résultats en faisant de cette manière :

Citons la statistique de CLAVEL à la Société de Chirurgie de Lyon, séance du 18 février 1954.

Que lisons-nous ? (Statistique de Clavel) :

1) Péritonites septiques diffusantes :

108 cas, 7 morts immédiates.

Sur les autres cas : 12 abcès pelviens.

Un drainage abdominal du grand ventre.

Une laparatomie avec iléostomie.

Une fistule iliaque pyostercorale.

La nécessité de 5 iléostomies.

Une occlusion guérie par aspiration duodénale au 20e jour.

Une fistule du grêle, l'iléostomie ne s'étant pas fermée spontanément.

2) Pour les péritonites purulentes, septiques diffuses :

47 cas.

13 morts.

mais 4 iléostomies.

4 abcès pelviens.

3) Pour les péritonites putrides :

13 cas, 5 morts.

Pour les autres, on eut à traiter :

un abcès pelvien.

un autre abcès pelvien suivi d'occlusion.

une iléostomie fistulisée avec tout son drame qui a nécessité une fermeture six mois après.

4) Pour les péritonites en deux temps :

22 cas, 8 morts.

pour les guéris :

un abcès pelvien au 13^e jour.

une occlusion au 16^e jour.

5) Les formes occlusives d'emblée :

6 cas, 4 décès.

On est frappé par la mortalité très élevée.

On est frappé surtout par le nombre invraisemblable d'abcès pelviens et d'occlusion nécessitant tant d'iléostomies.

D'où l'attitude dirigiste nous a semblé nécessaire.

Les observations obligeamment confiées par le Docteur BECHET, en sont l'illustration vivante.

B. — Attitude dirigiste :

Lorsque les dégâts sont considérables : sphacèle, plaques, fausses membranes, agglutination.

Lorsque le pus est d'une qualité particulière.

Lorsque même s'il existe de la sérosité l'aspiration du Douglas (avec une canule et des instruments différents), montre que celui-ci est d'une qualité différente de celui du grand ventre.

Pour éviter :

1) La péritonite secondaire opératoire par réinoculation par le Douglas,

2) L'agglutination des anses dans le Douglas des occlusions précoces (72 % des cas),

la pratique suivante fut adoptée par le Dr BECHET : Après avoir enlevé l'appendice par incision iliaque et avoir fait sur cette place ce qu'exigeaient les lésions, l'on change de gants et d'instruments.

Le malade est mis en Trendelenbourg incliné. Incision médiane. Aspirateur dans l'incision. Le Trendelenbourg étant complètement réalisé, l'on trouve toujours dans le Douglas des lésions importantes, soit deux cuillerées de pus fétide, alors que le pus de la grande cavité paraissait louable, soit des anses grêles agglutinées, rouges, entourées de

fausses membranes sphaceliques sur les anses grêles. Avec des champs humides au sérum, on récline tout le paquet du grêle vers le diaphragme et la cavité pelvienne nettoyée a été occupée.

- soit par le carré tampon de Gibson.
- soit par un Mickulicz caoutchouté, Ruben dam Mickulicz
- soit plus simplement par un Mickulicz ordinaire type Jean Louis FAURE(complètement rempli de mèches autour de ce sac. On glisse en fin d'opération une grosse lame plastique de drainaco, de telle façon qu'aucune anse du grêle ne vienne toucher la moindre partie de gaze.

On peut encore perfectionner la méthode d'exclusion en combinant les méthodes de SOUPAULT et de FRU-CHAUD de la manière suivante :

- Il s'agit d'un Mickulicz très haut qui, rempli de mèches, exclut complètement le bassin. L'extrémité du Mickulicz et des mèches sont alors penchées à gauche et avec une aiguille fine, on pratique sur le Mickulicz un cloisonnement colo-vésical qui exclut complètement la grande cavité. Le Mickulicz et les mèches sont par leur extrémité dans la fosse iliaque gauche. On incise alors le péritoine iliaque et entre le péritoine et la facio liaqua, par une contre-incision appliquée au regard de l'épine iliaque gauche, on fait sortir, sous le péritoine, le pourtour du Mickulicz et des mèches.

Par la grande cavité, on parachève une extra-péritonisation complète.

Le Docteur BECHET fit lui-même fabriquer un ballonnet que l'on place dans le bassin, sur lequel on referme l'abdomen et que l'on gonfle d'air stérile par la pompe de Massard. Qu'il s'agisse de mèches ou de ballonnet, la dépression de l'exclusion doit se faire progressivement à la manière de Jean Louis FAURE dans ses antiques conseils pour l'ablation des mèches et du Mickulicz.

Les péritonites les plus graves ont toujours guéri et nous n'avons jamais noté d'occlusions intestinales post-opératoires.

Nous insistons sur l'importance du traitement général :

Perfusions, antibiotiques.

C'est en suivant cette technique que furent traités les trente cas cités dans notre thèse.

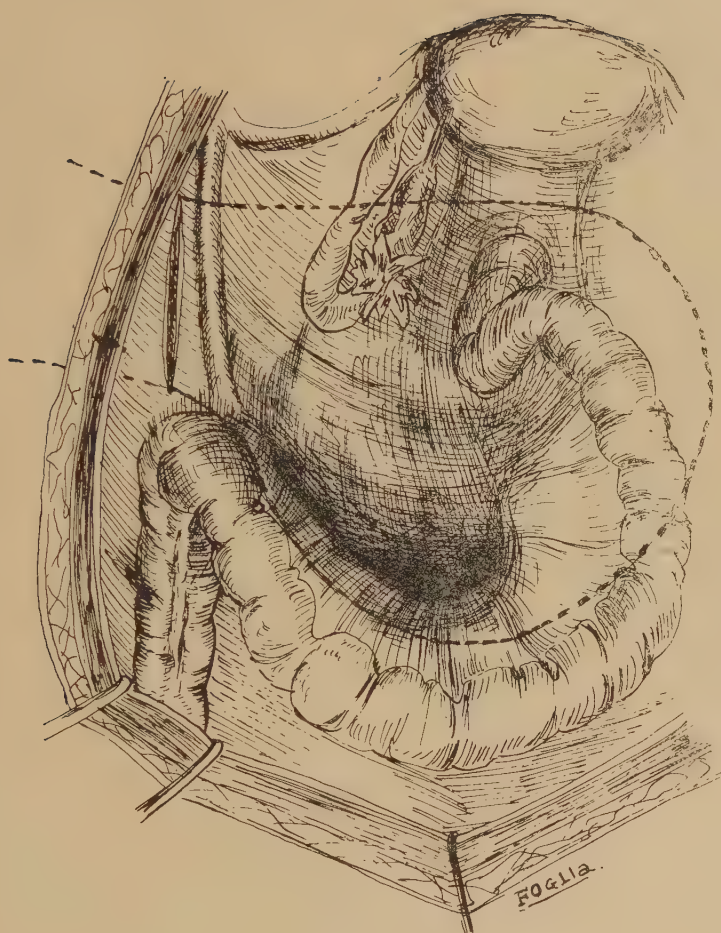


Figure 1. — Schéma montrant l'emplacement du Mickulicz

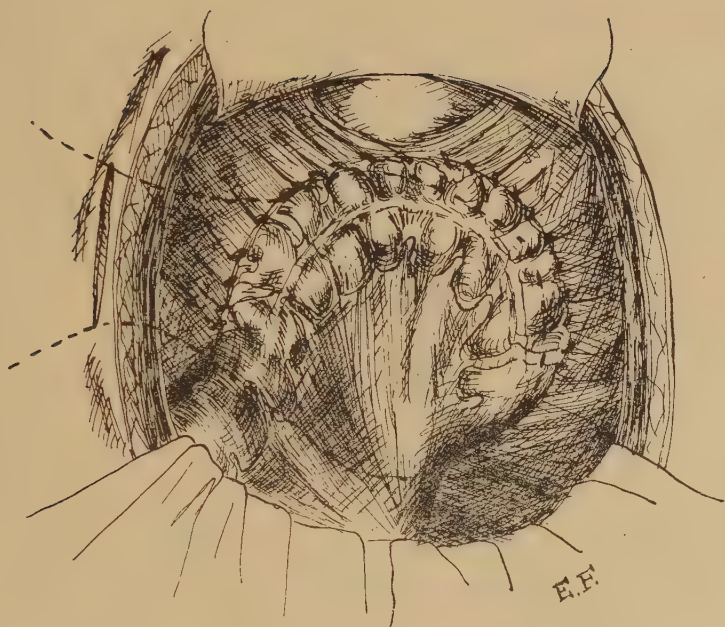


Fig. 2. — Surjet unissant l'S iliaque et le péritoine vésical

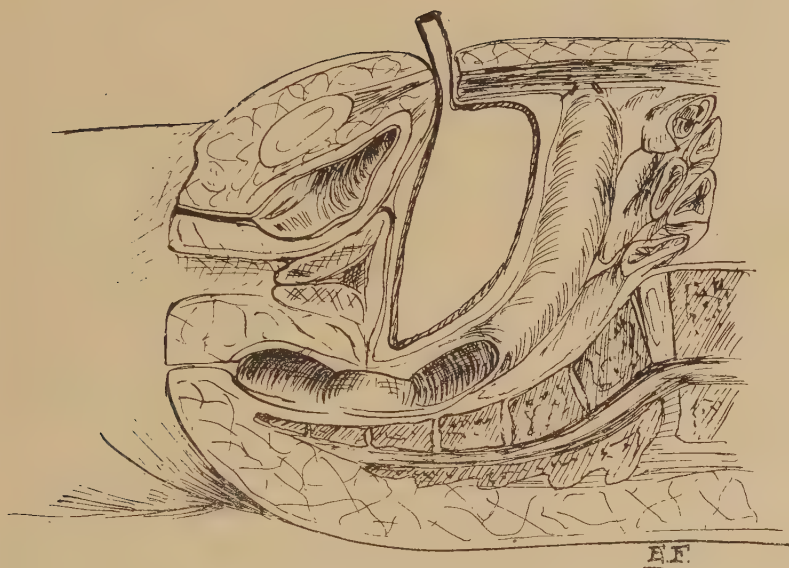


Fig. 3. — Schéma montrant l'emplacement du ballonnet
dans le petit bassin.

LES ABCES.

Un mot simplement. Il faut louvoyer, c'est une urgence retardée. Il peut :

- se résorber.
- s'ouvrir d'une façon extra péritonéale.
- ou donner une péritonite par diffusion ou par rupture.

Quand on les opère en dehors des menaces d'occlusion, c'est à cause d'une erreur de diagnostic. On croit que c'est une contracture, c'est un abcès. On croit que l'abcès est symphysé à la paroi. Il ne l'est pas.

En dehors des techniques ordinaires, il est préférable de ne pas toucher à l'abcès et de l'entourer d'une couronne de mèches verticales posées en accordéon (rempart autour de l'abcès).

Le côté ouvert dans le grand ventre en est séparé par une lame plastique.

Les abcès se résorberont spontanément ou s'ouvriront sans danger. Cette façon est illustrée par la lecture de l'observation suivante du regretté METIVET, publiée à l'Académie de Chirurgie.

En voici le résumé :

OBSERVATION : « Mort après une opération d'un abcès ». Il s'agit d'un jeune homme. Bon état général. Fièvre à 39°, pouls à 64. A l'examen physique, zone douloureuse, contracture, peut-être petit empatement de la fosse iliaque. A l'intervention, protection. L'appendice est retro-cæcal, mobilisation du cæcum. On rompt quelques adhérences plus importantes.

Petite quantité de pus qui s'écoule. L'appendice est verdâtre, perforé, un calcul stercoral à côté. Appendicectomie large, méchage, drain, pose de compresses, barrières autour du cæcum.

L'état général s'aggrave, deux jours après c'est la catastrophe. Le température est à 40°, le pouls à plus de 120.

Toute une question très importante de tactique opératoire se pose à propos des abcès méso-cæliques ou pelviens hauts de Mondor.

On intervient parce que le diagnostic d'abcès n'est pas fait. En cherchant l'appendice on tombe sur une frêle barrière. On enlève l'appendice, mais que faire des agglutinations dangereuses et des inoculations de la grande cavité ?

Pratiquer cette découverte, aspirateur en main. L'exclusion du bassin ne répond pas exactement à l'indication bactériologique. Un Mickulicz dans le grêle est un erreur, le risque de septicémies péritonéales en est fréquent.

LES OCCLUSIONS POST-OPERATOIRES

Celles qui ne nous intéressent pas :

iléus paralytique, traitement de la péritonite (Laurence), occlusions tardives, même traitement que les autres.

Celles qui nous intéressent :

l'occlusion précoce, date 6e, 8e jour, la clinique, la température.
Elle est inflammatoire et un peu mécanique.

Prophylaxie :

Douceur, protection, aspiration avec changement d'aspirateur ; changement d'instrument ; essorage minutieux ; enlever nécrose et dépôts fibrineux ; pas de drainage transiliaque ; si exclusion modalité de la disposition.

1) LES ATTENTISTES.

Méthode générale ; ne pas attendre l'invitation des signes cliniques classiques.

Toute appendicite grave demande l'aspiration jusqu'à l'anneau duodénal et la perfusion de principe jusqu'au rétablissement spontané du transit.

Un traitement bien conduit ne sollicite pas le transit. Il s'en passe.

a) Comment l'aspiration. Technique de Van Guesten et Smith, surtout sonde aux trois câbles, sonde de To-

meret. Aller jusqu'à l'anneau duodénal sous contrôle radioscopique. L'aspiration doit être gardée au moins dix jours. Le processus de désagglutination demande ce temps.

- b) Nourrir le malade, le nourrir beaucoup. Les péritonites en occlusion ne meurent pas par le mécanisme propre, mais de faim (Laurence).

Correction de déficience, surtout déficience du potassium. Une perfusion basée sur l'emploi de solutions salines courantes n'apporte pratiquement rien. Tandis que l'aspiration duodénale soustrait beaucoup.

La solution de DARROW est trop diluée et introduit trop d'eau par quantité d'éléments actifs. Par contre, le sang total est un aliment assez riche, 120 gr. de potassium pour 100 cc.

En dehors de toutes les autres protéines injectables, insister sur les petites transfusions répétées. Dans les cas prolongés, ingérer 10 à 20 cc. quotidiens de chlorure de potassium. Même sous aspiration poursuivie, une partie est assimilable.

2) LES DIRIGISTES.

Pourquoi ?

1) Le tube aspirateur est mal supporté, agite et trouble le malade au bout de quelques jours. On ne peut pas le mettre en demi-hibernation tout le temps.

2) Malgré les manipulations sous écran, l'aspiration ne franchit pas le pylore. Malgré l'aspiration bien placée, les douleurs augmentent par salves, le météorisme augmente, il peut s'agir d'une strangulation, d'un volvulus.

3) Apparaît une température troublante, hyper-thermie à plus de 40°. Il ne faut pas mettre cette température sur le compte de l'infection, il s'agit d'un dérèglement d'encéphalique par résorption toxique des carences de sel.

Opérations proposées :

- Iléostomie
- Entéro-anastomose à distance
- Désagglutination suivie ou non de l'opération de Noble.

1) L'iléostomie :

Les petits lavements hypersalés. L'iléostomie qui ne donne rien, sauf au moment où on enlève la sonde. Occlusion plus basse, l'anus du grêle. Dénutrition.

Certains partisans (Wardson, Reyer, Moulouguet, Clavel, Jean Gosset).

D'autres ont eu des mécomptes (Desjacques, Leveuf, Bompard, Quénu, l'enseignement de Cunéo).

2) L'entéro-anastomose :

d'une anse grêle aplatie à l'autre ou d'une anse basse du grêle au transverse ou au sigmoïde.

La maladie des anastomoses

Résultat du Professeur Leveuf

Enquête importante de Quénu.

3) Désagglutination :

TAVERNIER, mais danger de déchirures du grêle.

Danger de fistule secondaire.

Dans un cas de SENEQUE, mort avec hyperthermie.

L'observation la plus instructive pour conclure ce débat est celle rapportée par Jean QUENU à l'Académie de Chirurgie, Mai 1951.

Cette observation montre :

- 1) L'importance des perturbations humorales ;
- 2) Le peu d'efficacité de l'aspiration continue avec réquilibration par perfusions ;
- 3) L'inefficacité de l'iléostomie.

La voici très résumée. Nous croyons utile de la citer car elle est riche d'enseignements.

Première intervention : appendicectomie, péritoine rouge, gangrène, etc... Un drain dans le foyer, un drain dans le Douglas. Antibiotiques à hautes doses, perfusions, etc...

Septième jour : situation qui s'aggrave ; ventre ballonné.

- arrêt des gaz ;
 - température à 40°-41°.
- Iléostomie à gauche à la locale.
Elle donne peu ou rien.

L'aspiration duodénale n'a pas cessé. 3 litres de liquide, la réquilibration est la suivante :

- 500 grs de sang ;
 - 500 grs de plasma ;
 - un litre hydrolysate de protéine ;
 - un litre de sérum glucosé ;
 - 500 de sérum salé ;
 - 250 sérum bicarbonaté ;
- soit trois litres 750 dans les 24 heures.

Toutes les vitamines.

Tous les antibiotiques.

Troisième intervention : intubation au curage, réanimation per opératoire importante. Médiane sous ombilicale. Il n'existe plus de pus libre, mais un paquet d'anses grêles dans le pelvis, serrées entre elles et cachant un petit abcès. Libération pénible des adhérences serrées et étendues.

En plusieurs points, perte de séro-musculaire intestinale. La muqueuse paraît à nu. Pas de perforation. Opération de Noble en trois branches à partir de la valvule iléo-cœcale.

Examen du petit bassin : le péritoine pelvien de Douglas est partout épaissi, cartonné.

Fermeture de l'ancienne iléostomie.

Je remarque que partout, malgré la température à 40°, l'infection était parfaitement jugulée.

Perfusions, réanimation, antibiotiques à un rythme in-vraisemblable. Les analyses du sang et des urines montraient :

- une chlorémie à 4,8 par litre ;
- une réserve alcaline à 110 ;
- une urée sanguine à 0,90.

L'importance de l'appauvrissement en chlorure est donc considérable.

Traitement contre ce fait :

Dans les liquides de perfusion, on administre 3 litres par 24 heures de solution ou on fait passer 40 grammes de chlorure de sodium.

4 heures après la température est à 38°.

Le pouls à 80.

En quelques heures, une débâcle importante, prolongée de gaz.

Guérison du malade.

Signalons à titre pratique que pour rechlorurer les malades, il faut se baser sur les chiffres de Koler : 0 gr. 50 par kilogramme pour chaque gramme de baisse de la chlorémie. Il faut utiliser non seulement des solutions isotoniques, mais aussi hypertoniques à douze et quatorze grammes pour mille.

La correction de l'hypochlorémie ramène la température d'occlusion à la normale en quelques heures.

CONCLUSIONS

Nous avons voulu insister.

1) Sur certaines allures cliniques de l'appendicite aiguë grave.

2) Sur l'étude anatomo-pathologique et bactériologique du grand ventre dans l'appendicite aiguë grave, montrant l'importance du Douglas dans la reprise.

a) dans la septicité pelvienne puis dans la péritonite ;

b) le mécanisme de l'occlusion précoce ;

c) dans l'étude thérapeutique, nous avons insisté sur l'importance de la conception moderne de la physiopathologie du péritoine.

3) On devrait tout fermer lorsqu'il y a continuité de la séreuse et ceci est vrai dans l'immense majorité des cas, même lorsqu'elle est pleine de pus, après vidange de ce pus.

On devrait seulement exclure les zones d'infection du conjonctif, cette conception est élégante. Elle a donné des résultats, mais nous pouvons souhaiter encore une amélioration du pourcentage : 17 % de cas de mortalité.

4) Pour toutes ces raisons, que nous avons expliquées, nous sommes heureux de citer les trente observations de cas dramatiques de notre Maître Régis MICHEL-BECHET, guéris par l'exclusion du petit bassin, pratiquée selon les modalités citées.

S E R M E N T

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

En ma qualité de Censeur de tour,
j'ai lu la Thèse ayant pour titre :

**Quelques remarques cliniques et thérapeutiques
sur les appendicites aiguës graves**

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression.

Montpellier, le 5 Mars 1955.

Le Professeur,

ROUX.

Vu :

Montpellier, le 5 Mars 1955.

Le Doyen,

G. GIRAUD.

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 7 Mars 1955.

Le Recteur,

G. DOUCET.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

TABLE DES MATIERES

Introduction	11
------------------------	----

Chapitre Premier :

Modification du tableau clinique observée au cours de cette statistique	15
1) la douleur	17
2) la contracture	18
3) le pouls	18
4) la fièvre	19
5) aspects radiologiques pré-opératoires	20

Chapitre II :

Etude anatomo-pathologique et bactériologique	23
1) le grêle	25
2) les abcès	27
3) l'occlusion	27

Chapitre III :

Réflexions générales sur la physio-pathologie du péritoine au cours de l'appendicite aiguë grave	31
1) conception ancienne	32
2) plus tard	33
3) thèse d'Arnaud	33
4) querelle du drainage	33
5) physio-pathologie de la séreuse	34

Chapitre IV :

Tactique opératoire	35
a) attitude opportuniste	37
b) attitude dirigiste	39
c) les abcès	47
d) les occlusions post-opératoires	48

Imprimerie RHONE-DURANCE
J. Magnan & C^{ie}
6, Rue Grivolas
AVIGNON

